

问诊表 / 問診票(中国語 簡体) ID

ふりがな				男 ・ 女	
姓名 /名前					
出生年月日 /生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳
住址 /住所	〒 —				
电话 /電話番号	— —				
是否持有健康保险证 /健康保険証を持っていますか？			无/いいえ ・ 有/はい		

请检查适用于您的领域/症状 /当てはまる部位・症状に チェックをして下さい。	<input type="checkbox"/> 双腿/両足 <input type="checkbox"/> 左脚/左足 <input type="checkbox"/> 右脚/右足	<input type="checkbox"/> 不是特别/特にない <input type="checkbox"/> 看起来很恶心・焦虑 /見た目が気持ち悪い・不安 <input type="checkbox"/> 肿胀/むくみ <input type="checkbox"/> 感觉累了/だるい <input type="checkbox"/> 抽筋/こむら返り <input type="checkbox"/> 疼痛/痛み <input type="checkbox"/> 溃疡/潰瘍 <input type="checkbox"/> 痒/かゆみ <input type="checkbox"/> 色素沉着(变色)/色素沈着(変色) <input type="checkbox"/> 其他的/その他()	
何时开始的？ /症状はいつ頃からですか	年 月 日		
您曾经接受过静脉曲张的治疗吗？ /これまでに静脈瘤の治療をされたことはありますか	否/ない 是/ある →	(什么时候？在哪里？/いつ、どこで？)	
有没有正在治疗的疾病？ /現在治療中のご病気はありますか	否/ない 是/ある →	<input type="checkbox"/> 糖尿病/糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘/ぜんそく <input type="checkbox"/> 心脏病/心臓病 <input type="checkbox"/> 高血压/高血圧 <input type="checkbox"/> 肝病/肝臓病 <input type="checkbox"/> 肾脏疾病/腎臓病 <input type="checkbox"/> 其他的/その他()	
您是否曾患过严重疾病或受伤？ /これまでに大きな病気や怪我をされたことはありますか	否/ない 是/ある →	()	
是否正在服药？ /現在飲んでいる薬はありますか	否/ない 是/ある →	如果你有说的话，请给我看看。 /持っていれば見せてください。	
您曾经对药物产生过过敏反应吗？ /これまでに薬でアレルギーが起こったことはありますか	否/ない 是/ある →	(药品名称/薬名)	
您正在服用血液稀释剂或激素吗？ /血をさらさらにする薬やホルモン剤などを飲んでいませんか	否/ない 是/ある →	(药品名称/薬名)	
现在是否正在怀孕或可能怀孕？ /妊娠していますか、またその可能性はありますか	否/いいえ ・ 是/はい		
高度/身長	cm	体重/体重	kg